



Луцкая И.К., Кравчук И.В. ✉

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Проявление на слизистой оболочке ротовой полости и красной кайме губ аллергических и атопических реакций организма

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Луцкая И.К. – идея и текст, фото к тексту; Кравчук И.В. – набор клинического материала, текст, оформление статьи.

Подана: 27.03.2024

Принята: 27.05.2024

Контакты: ikrauchuk@yandex.ru

Резюме

Введение. На слизистой оболочке ротовой полости и красной кайме губ нередко обнаруживаются элементы поражения, характеризующие атопическую или аллергическую реакцию. Диагностика бывает затруднена в силу сходства симптомов и клинических проявлений, а потому требует дополнительных лабораторных исследований и обязательной консультации врача-аллерголога, врача-иммунолога. Лечение назначается комплексное профильными специалистами.

Цель исследования. Анализ эффективности диагностики и лечения основных проявлений на слизистой оболочке ротовой полости аллергических и атопических реакций организма.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ медицинской документации, а также оценка результатов собственных клинических наблюдений. Лабораторные исследования осуществлялись в специализированных учреждениях с применением информативных способов оценки общего статуса и локальных изменений показателей гомеостаза.

Результаты. Приведены анализ оценки статуса и описание основных проявлений на слизистой оболочке ротовой полости и красной кайме губ клинических случаев аллергических и атопических заболеваний. При ангионевротическом отеке Квинке выявлен ограниченный отек мягких тканей на верхней губе, веках, на языке, нижней губе, с распространением на шею. При аллергическом контактном дерматите (стоматите) определен истинный полиморфизм высыпаний (пятнистые, уртикарные, папуловезикулезные, пустулезные), в том числе на коже лица. Экзематозный хейлит (экзема губ) клинически проявлялся эритемой и пузырьками, сопровождающимися зудом. Атопический хейлит протекал самостоятельно либо сопровождал общую картину атопического дерматита. Красная кайма губ и кожа вокруг губ были инфильтрированы, покрыты мелкими чешуйками, тонкими бороздками, в углах рта – мелкие трещины. Процесс не распространялся на слизистую оболочку и зону Клейна.

Заключение. Разнообразие проявлений в ротовой полости аллергических и атопических заболеваний серьезно затрудняет диагностику и выбор местного



медикаментозного метода лечения. Требуется дополнительные лабораторные исследования для уточнения диагноза и выявления этиотропного фактора. Общая терапия обязательна. Требуется участие врача-дерматолога, врача-аллерголога, врача-иммунолога для коррекции гуморальных и клеточных показателей здоровья. Адекватное лечение позволяет не только улучшить состояние пациента, но и снизить риск развития рецидивов.

Ключевые слова: слизистая оболочка ротовой полости, аллергия, атопия

Lutsкая I., Крачук I. ✉

Institute of Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel
of the El "Belarusian State Medical University", Minsk, Belarus

Manifestation of Allergic and Atopic Reactions on the Oral Mucosa and the Red Border of the Lips

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Lutsкая I. – idea and text, photo to the text; Крачук I. – set of clinical material, text, design of the article.

Submitted: 27.03.2024

Accepted: 27.05.2024

Contacts: ikrauchuk@yandex.ru

Abstract

Introduction. On the mucous membrane of the oral cavity and the red border of the lips, elements of damage characterizing an atopic or allergic reaction are often found. Diagnosis can be difficult due to the similarity of symptoms and clinical manifestations, and therefore requires additional laboratory studies and the obligatory consultation of an allergist, immunologist. Treatment is prescribed by comprehensive specialized specialists.

Purpose. Analysis of the effectiveness of diagnosis and treatment of the main manifestations on the mucous membrane of the oral cavity of allergic and atopic reactions of the body.

Materials and methods. Retrospective review of medical records, as well as evaluation of the results of own clinical observations. Laboratory tests were carried out in specialized institutions using informative methods to assess the overall status and local changes in homeostasis indicators.

Results. An analysis of the status assessment and description of the main manifestations on the mucous membrane of the oral cavity and the red border of the lips of clinical cases of allergic and atopic diseases is presented. In angioedema, Quinke revealed limited swelling of soft tissues on the upper lip, eyelids, tongue, lower lip, with spread to the neck. With allergic contact dermatitis (stomatitis), a true polymorphism of rashes (spotted, urticarial, papulovesicular, pustular) was determined, including on the skin of the face. Eczematous cheilitis (eczema of the lips) was clinically manifested by erythema and vesicles accompanied by itching. Atopic cheilitis proceeded independently or accompanied the overall picture of atopic dermatitis. The red border of the lips and the skin around the lips were

infiltrated, covered with small scales, thin grooves, and small cracks in the corners of the mouth. The process did not extend to the mucosa and Klein zone.

Conclusion. The variety of manifestations in the oral cavity of allergic and atopic diseases seriously complicates the diagnosis and choice of a local medical treatment method. Additional laboratory tests are required to refine the diagnosis and identify the etiotropic factor. General therapy is mandatory. The participation of a dermatologist, allergist, immunologist is required to correct humoral and cellular health indicators. Adequate treatment allows not only to improve the patient's condition, but also to reduce the risk of relapses.

Keywords: oral mucosa, allergies, atopy

■ ВВЕДЕНИЕ

Проявления на слизистой оболочке ротовой полости аллергического статуса очень разнообразны и сопровождают многие заболевания внутренних органов и систем человека [1, 2]. Пищевые антигены, химические вещества, медикаменты могут стать аллергенами для здорового организма, а при врожденных нарушениях иммунитета вызывать atopические реакции [3, 4]. Любое из иммунных поражений (реакции немедленного типа (I, II, III), реакция замедленного типа (IV)) способно приводить к нарушениям состояния слизистой оболочки ротовой полости. Анафилактическая или atopическая реакция возникает немедленно или в течение ближайших часов у сенсibilизированных лиц, провоцируя крапивницу, бронхоспазм, анафилактический шок при взаимодействии «антиген – антитело».

Анафилактический шок может возникнуть под влиянием ничтожно малого количества аллергена, который попадает в кровь пациента при медикаментозной терапии или введении сыворотки. Проявляется зудом кожи головы, языка, покраснением всего тела. Развивается затрудненное дыхание, бронхоспазм, отек слизистой верхних дыхательных путей, понижение кровяного давления, потеря сознания. Местными проявлениями могут быть крапивница, сенной насморк, бронхиальная астма, отек Квинке [5, 6].

Реакция Артюса (III тип) характеризуется некрозом, возникающим в результате поражения сосудов. Комплексы «антиген – антитело» осаждаются в сосудистой стенке, последняя становится рыхлой, кровообращение замедляется, возникают тромбы, закупорка сосуда, окружающие ткани некротизируются. Примером являются: острый и хронический гломерулонефрит, сывороточная болезнь, многоформная эритема, гранулоцитопения, агранулоцитоз [7]. Лейкоцитопения может провоцироваться амидопирином, сульфонидами, хлорамфениколом, тиюрацилом, золотом, соединениями мышьяка. При этом нередко проявления со стороны ротовой полости и поражение красной каймы губ [8, 9].

При замедленной реакции IV типа лимфоцитарные факторы активируют мононуклеарные клетки, индуцируя воспаление с инфильтрацией тканей. Подобные процессы происходят в том числе на слизистой оболочке рта при микробных аллергиях, туберкулезе, рецидивирующем афтозном стоматите, контактном дерматите [10–12].

Лечение аллергических и atopических проявлений требуется комплексное. Местную терапию поражения слизистой оболочки ротовой полости и красной каймы губ



назначает врач – стоматолог-терапевт, учитывая этиотропные, патогенетические и симптоматические звенья аллергии или атопии [13, 14].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ эффективности диагностики и лечения основных проявлений на слизистой оболочке ротовой полости аллергических и атопических реакций организма.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выполнены ретроспективный анализ медицинской документации, а также оценка результатов собственных клинических наблюдений, в том числе консультаций и консилиумов, на клинических базах кафедры терапевтической стоматологии за период 6 лет. Обследование пациентов, обращающихся за помощью, производилось на современном оборудовании в соответствии с утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь клиническими протоколами [12]. Лабораторные исследования осуществлялись в специализированных учреждениях с применением информативных способов оценки общего статуса и локальных изменений показателей гомеостаза.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Приводим анализ оценки статуса и описание основных проявлений на слизистой оболочке ротовой полости и красной кайме губ клинических случаев аллергических и атопических заболеваний.

При ангионевротическом отеке Квинке пациенты предъявляют жалобы на деформацию лица, напряжение в тканях, иногда отмечают зуд. Значительная припухлость мягких тканей, со слов пациента, развивается в течение нескольких минут, иногда – часов под воздействием аллергенов различной природы: пищевых, медикаментозных, бактериальных. Нередко удается выявить очаг хронииосепсиса в ротовой полости. Причиной могут стать чувствительность к холоду, заболевания желудка, печени, вегетососудистая дистония.

При осмотре ротовой полости обнаруживается ограниченный отек мягких тканей, который располагается чаще на верхней губе, веках. Реже он распространяется на язык, нижнюю губу, перемещаясь на шею, вплоть до гортани с угрозой асфиксии. Кожа напряжена, имеет плотно-эластичную консистенцию заинтересованного участка. Отек может удерживаться от нескольких часов до нескольких суток, проходит бесследно, однако обычно рецидивирует.

Лечение требует исключения провоцирующих факторов. Местно врачом – стоматологом-терапевтом назначается симптоматическое лечение, обязательна санация полости рта. Общую гипосенсибилизирующую терапию осуществляет врач-аллерголог.

При аллергическом контактном дерматите (стоматите) пациенты жалуются на зуд, жжение, чувство жара на участках контакта с раздражающим веществом. Симптомы могут выходить за пределы зон воздействия аллергенов. Триггером, как выясняется из анамнеза, может быть химическая соль хрома, никеля, кобальта, формальдегидная смола, косметическое средство, инсектицид, синтетическое моющее вещество, лекарственный препарат локального применения. При осмотре выявляются элементы

поражения, которые локализуются на фоне выраженного отека соединительной ткани в виде разнообразной сыпи. Определяется истинный полиморфизм высыпаний (пятнистые, уртикарные, папуловезикулезные и, реже, пустулезные), в том числе на коже лица.

Нередко в процесс вовлекаются слизистые оболочки: возникают отек, эритема, геморрагия, папулы, пузырьки или пузыри (рис. 1, 2). Они быстро лопаются с образованием болезненных эрозий. Высыпания локализуются на участках, подверженных травмированию, либо по всей слизистой оболочке ротовой полости. Стоматит может развиваться у протезоносителей при непереносимости материалов для их изготовления, например, пластмассы (рис. 3). При длительном воздействии, кроме воспалительной реакции, может проявляться гиперплазия. В ряде случаев присоединяется гиперкератоз (рис. 4).

Фиксированная токсидермия (токсико-аллергический дерматит) локализуется на гладкой коже и слизистых оболочках. Основное отличие патологии от других аллергических реакций – разнообразие морфологических элементов сыпи и воздействие сенсibilизирующего агента изнутри, т. е., чтобы вызвать острую реакцию немедленного типа, аллерген может напрямую не контактировать с кожей. Острая фаза болезни характеризуется интенсивным зудом, папулами и везикулами, располагающимися на эритематозной основе. Они сопровождаются эксфолиациями и эрозиями, выделением серозного экссудата. Может возникать одно или несколько округлых или овальных отечных гиперемизированных пятен, в центре которых формируется пузырь. После того как воспалительные явления стихают, пятно существует еще длительное время. Пациентам с токсикодермией требуется консультация: врача-нефролога, врача-кардиолога, врача-гастроэнтеролога, врача-иммунолога и врача-аллерголога.

Экзематозный хейлит (экзема губ) может протекать самостоятельно или сопровождается общей экземой. Характеризуется воспалением поверхностных слоев кожи



Рис. 1. Папулезная сыпь
Fig. 1. Papular rash



Рис. 2. Пузырек на слизистой языка
Fig. 2. Vesicle on the tongue mucosa



Рис. 3. Воспаление десны при аллергии на пластмассу съемного протеза
Fig. 3. Gingival inflammation in case of allergy to the plastic of removable prosthesis



Рис. 4. Гиперкератоз языка при использовании ортопедической конструкции
Fig. 4. Hyperkeratosis of the tongue when using a prosthetic design

нервно-аллергической природы. Клинически проявляется эритемой и пузырьками, сопровождающимися зудом (рис. 5). Аллергенами могут быть самые различные факторы, например, очаг одонтогенной инфекции, микробы, пищевые вещества, медикаменты, металлы типа никеля и хрома, амальгама, зубная паста, помада. Чаще экзема проявляется на неизменных губах, реже ее возникновению предшествуют заеды или трещины. Заболевание развивается в результате сенсибилизации организма бактериальными токсинами. Красная кайма и окружающая кожа отечны, гиперемированы, затем образуются чешуйки и начинается шелушение. Возможно развитие мелких узелков. Далее появляются мокнутие, мелкие везикулезные элементы,



Рис. 5. Аллергическая реакция на губную помаду
Fig. 5. Allergic reaction to lipstick

быстро подсыхающие в желтоватые или желтовато-серые корочки. Элементы поражения особенно сильно выражены вблизи микробного очага.

Экзема губ протекает остро, подостро или хронически. Поражение красной каймы может сочетаться с проявлениями на коже лица или быть изолированным, однако процесс всегда захватывает прилежащую к красной кайме кожу. Пациентов беспокоят зуд, жжение; трудно открывать рот, разговаривать. Характерен значительный отек губ. Клиническая картина отличается полиморфизмом, который имеет эволюционный характер: первичные высыпания предшествуют вторичным. При отсутствии лечения возникают рецидивы, и процесс приобретает хроническое течение. Красная кайма губ и кожа вокруг рта уплотняются, становится четко выраженным кожный рисунок. Местами появляются группы мелких узелков, везикул, корочек, чешуек, при обострении возникает мокнутие. Состояние может осложняться образованием болезненных, иногда кровоточащих трещин.

Пациентов с экземой губ необходимо консультировать у специалиста с исследованием аллергологического статуса – тестирование с набором стандартных аллергенов. Микробиологический анализ соскоба со дна трещин дополняется специфическими тестами (на стрептококковый аллерген).

Комплексное лечение заключается в гипосенсибилизации организма, назначении седативных средств. Местное воздействие, назначаемое врачом – стоматологом-терапевтом, требует симптоматического и патогенетического лечения, в том числе применения кортикостероидных препаратов. Обязательна санация ротовой полости.

Атопический дерматит носит собирательный характер и включает аллергическое воспаление кожи за исключением крапивницы и контактного дерматита. Причиной атопического дерматита является «триггер»: истинно аллергенные (белковые вещества) и другие раздражители (химические вещества небелковой природы: пищевые добавки, красители одежды, перегревание, сухой воздух, расчесывание кожи, стресс). Неаллергенные факторы усиливают либо вызывают симптомы дерматита самостоятельно. У пациентов с хроническим атопическим воспалением изменения могут существовать одновременно на разных участках кожи и слизистой оболочки ротовой полости.

Для легкого течения характерны слабый зуд, легкая гиперемия, незначительная экссудация, небольшое шелушение, единичные папулы, везикулы, увеличение лимфатических узлов незначительное. При среднетяжелом течении зуд умеренный или сильный. Имеются множественные очаги поражения кожи и слизистой оболочки с выраженной экссудацией или лихенификацией, расчесы и геморрагические корки. Лимфатические узлы ощутимо увеличены (до размера фасоли). При тяжелом течении зуд сильный, мучительный, часто пароксизмальный, серьезно нарушающий сон и самочувствие. Обнаруживаются множественные, сливающиеся очаги поражения, выраженная экссудация или лихенификация, глубокие трещины, эрозии, множественные геморрагические корки, практически все группы лимфатических узлов увеличены до размеров лесного ореха.

Диагностические критерии атопического дерматита (стоматита) сочетают субъективное ощущение зуда и объективных признаков: дерматита; наличия у ближайших родственников аллергического статуса; распространенной сухости кожи; развития дерматита в период до 2-летнего возраста. Лабораторные исследования включают



иммунологические, серологические, аллергологические тесты. Повышенный уровень концентрации общего сывороточного иммуноглобулина Е, эозинофилия могут свидетельствовать в пользу атопического генеза стоматита. Индивидуальность спектра аллергенов выявляется путем определения специфических IgE-антител к конкретным аллергенам; тестирование; провокационные тесты с аллергенами. Для обнаружения специфического сывороточного IgE используют радиоаллергосорбентный тест (RAST), иммуноферментный анализ (ИФА), множественный аллергосорбентный тест (MAST) и другие методы *in vitro*. У пациентов с подозрением на инфицированность кожи и слизистой оболочки проводят обследование для выявления вирусов или бактерий, провоцирующих осложнения. Наиболее часто встречаются вирус герпеса, дерматофиты, стрептококки, стафилококки, грибковая флора.

Атопический хейлит может протекать самостоятельно либо сопровождать общую картину атопического дерматита. Заболевание начинается остро, вызывая зуд и четко отграниченную розовую эритему, иногда отмечается отечность красной каймы губ. На месте расчесов появляются корочки. Острые явления стихают, развивается лихенизация: красная кайма инфильтрирована, покрыта мелкими чешуйками, тонкими бороздками (рис. 6). В углах рта образуются мелкие трещины. Процесс не переходит на слизистую оболочку и зону Клейна, захватывая кожу вокруг губ. Атопический хейлит протекает длительно, обострения возникают преимущественно в осенне-зимний период, летом наступает ремиссия.

У детей клиника проявляется особенно ярко: отечность кожи в околоротовой области, инфильтрация и шелушение красной каймы губ, радиальная исчерченность. Характерны папулезные высыпания в углах рта. Атопический хейлит и его рецидивы имеют косметические последствия (изменение цвета, архитектоники губ), нарушают питание ребенка, препятствуют санации ротовой полости. Могут возникать



Рис. 6. Атопический хейлит
Fig. 6. Atopic cheilitis

психосоматические нарушения. К окончанию полового созревания у большинства пациентов наблюдается самоизлечение, однако могут сохраняться незначительные высыпания, преимущественно в углах рта.

Для уточнения диагноза требуется консультация врача-иммунолога, врача-аллерголога, врача-дерматовенеролога. Специальные аллергологические тесты основаны на генетической предрасположенности к атопии: интерлейкины, в особенности IL-4 и IL-13, другие цитокины, активированные Т-лимфоциты, клетки Лангерганса, повышенная продукция IgE В-клетками.

Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11.01.2023 № 4 «Об утверждении клинических протоколов» утверждены 28 клинических протоколов по терапевтической стоматологии (взрослое население).

Согласно клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнью губ (хейлитом)» K13.0 основными принципами диагностики болезни губ (хейлита) врачом – стоматологом-терапевтом являются:

- выявление местных и общих факторов риска развития болезни губ (хейлита);
- определение взаимосвязи стоматологического и общего здоровья с состоянием губ;
- определение уровня стоматологического здоровья пациента с использованием клинических и лабораторных методов исследования;
- проведение клинической дифференциальной диагностики болезни губ (хейлита) с другими поражениями слизистой оболочки ротовой полости в зависимости от формы заболевания на основании клинических проявлений и результатов лабораторных исследований;
- направление на консультацию и обследование к врачам-специалистам (врачу-инфекционисту, врачу общей практики, врачу – аллергологу-иммунологу и другим) по медицинским показаниям.

Общими принципами лечения и медицинской профилактики рецидивов болезни губ (хейлита) являются:

- составление персонализированного плана лечения врачом – стоматологом-терапевтом;
- при составлении плана лечения учитывается стоматологический статус (наличие факторов риска, вредных привычек (накусывание, курение), очагов одонтогенной инфекции, других стоматологических заболеваний) и уровень общего здоровья пациента (хронические соматические заболевания, иммунодефицитные состояния, нерациональная антибиотикотерапия и другое).

Терапевтическое лечение болезни губ (хейлита) включает мотивацию пациента по факторам риска развития стоматологических заболеваний и болезни губ (хейлита), подбор индивидуальных средств гигиены ротовой полости, коррекцию гигиенических мероприятий, устранение местных факторов риска, способствующих развитию болезни губ (хейлита); применение лекарственных средств по выбору в зависимости от формы и тяжести течения болезни губ (хейлита): антисептики и дезинфицирующие лекарственные средства согласно приложению 1; экстракт жидкий из лекарственного растительного сырья согласно приложению 2; лекарственные средства, способствующие нормальной регенерации, согласно приложению 3; стероидные противовоспалительные лекарственные средства согласно приложению 4; устранение очагов одонтогенной инфекции; оказание терапевтической стоматологической помощи с учетом состояния слизистой оболочки ротовой полости; поддерживающую



терапию (устранение факторов риска, вредных привычек, нормализация гигиены путем тщательной индивидуальной чистки зубов, межзубных промежутков, спинки языка, зубных протезов, регулярное проведение профессиональной гигиены не реже двух раз в год); медицинскую профилактику рецидивов болезни губ (хейлита) в зависимости от нозологической формы заболевания и степени его тяжести с использованием лекарственных средств местного действия, применяемых при лечении пациентов (взрослое население) с болезнью губ (хейлитом) (приложения 1–4).

Приложение 1 к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнью губ (хейлитом)»

Антисептики и дезинфицирующие лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с болезнью губ (хейлитом)

D08A Антисептики и дезинфицирующие средства: хлоргексидин – раствор для местного и наружного применения 0,5 мг/мл во флаконах. Лекарственное средство применяется в виде орошений, полосканий и аппликаций 2–3 раза в сутки. Длительность применения устанавливается индивидуально. Бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний – раствор для наружного (местного) применения 0,01% водного раствора. Рекомендуются полоскание полости рта 10–15 мл лекарственного средства, 3–4 раза в сутки в течение 3–5 дней.

R02AA Лекарственные средства для лечения заболеваний горла. Антисептики: повидон-йод – спрей 30 мл. Орошение 2–4 раза в день (до 6 раз в день с интервалами не менее 4 часов) по 1–3 впрыска в правую и левую стороны рта или на пораженную область. Длительность применения устанавливается индивидуально.

Приложение 2 к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнью губ (хейлитом)»

Экстракт жидкий из лекарственного растительного сырья, применяемый при лечении пациентов (взрослое население) с болезнью губ (хейлитом)

A01A Стоматологические лекарственные средства: календулы цветков экстракт + ромашки цветков экстракт + тысячелистника травы экстракт – экстракт жидкий (1:1) из лекарственного растительного сырья: ромашки цветков, календулы цветков, тысячелистника травы (2:1:1). Лекарственное средство содержит не менее 33% спирта этилового. Флаконы 55 мл. Местно. Полоскание полости рта (1 чайную ложку настойки разводят в стакане теплой кипяченой воды). Количество процедур индивидуально.

Приложение 3 к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнью губ (хейлитом)»

Лекарственные средства, способствующие нормальной регенерации, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с болезнью губ (хейлитом)

D03A Прочие лекарственные средства, способствующие нормальному рубцеванию:

1. Метилурацил – мазь для местного и наружного применения 10% в тубах. Местно. Мазь наносится на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1 раз в сутки длительностью до 20 мин. Количество процедур индивидуально.

2. Декспантенол/мирамистин – гель для местного применения (50 мг + 5 мг) / 1 г в тубах. Аппликации геля тонким слоем на поверхность десен и пораженные участки слизистой 2–3 раза в сутки в течение 7–10 дней.
3. Биен/диоксидин – мазь для наружного и местного применения в тубах. Местно. Мазь наносится в виде аппликаций (на ватных или марлевых пластинках) на эрозивные и язвенные поверхности слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1 раз в сутки до завершения эпителизации (не более 7 дней). Длительность аппликации 5–7 мин.
4. Депротеинизированный гемодериват из крови молочных телят. Дентальная адгезивная паста в тубах 5 г. Местно. Дентальная адгезивная паста наносится на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем, не втирая, 3–5 раз в день после еды и перед сном. Количество процедур индивидуально.
5. Облепиховое масло – масло для приема внутрь, местного и наружного применения во флаконах. Местно. В комплексной терапии в качестве ранозаживляющего средства при поражении слизистых оболочек. Масло наносится ватным тампоном на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1 раз в сутки длительностью до 20 мин. Количество процедур индивидуально.

Приложение 4 к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнью губ (хейлитом)»

Стероидные противовоспалительные лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с болезнью губ (хейлитом)

S01BA Лекарственные средства для лечения заболеваний глаз. Кортикостероиды: гидрокортизон – мазь глазная 5 мг/г. Аппликация мази на очаг поражения на 7–10 мин. 2–3 раза в день. Длительность применения устанавливается индивидуально.

D07A Лекарственные средства для лечения заболеваний кожи. Кортикостероиды:

- Преднизолон – мазь для наружного применения 5 мг/г. Наносить, слегка втирая, тонким слоем 1–3 раза в сутки. Длительность применения устанавливается индивидуально.
- Метилпреднизолона ацепонат – мазь для наружного применения 0,1%. Наносить на очаг поражения тонким слоем 1 раз в день. Длительность применения устанавливается индивидуально.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разнообразие проявлений в ротовой полости аллергических и атопических заболеваний серьезно затрудняет диагностику и выбор местного медикаментозного метода лечения. В ряде случаев высыпания могут быть локальными, однако чаще развиваются на фоне общей картины аллергенного статуса. Для слизистой оболочки ротовой полости характерны выраженная болезненность и быстрое нарушение целостности эпителиального покрова. На коже лица и красной кайме губ четко проявляется истинный полиморфизм высыпаний. Практически во всех клинических случаях требуются дополнительные лабораторные исследования (общие и локальные) для уточнения диагноза и выявления этиотропного фактора. Местное лечение



назначает врач – стоматолог-терапевт, при необходимости после консультации с врачом-дерматологом. Общая терапия обязательна. Требуется участие врача-аллерголога, врача-иммунолога для коррекции гуморальных и клеточных показателей здоровья. Адекватное лечение согласно утвержденным клиническим протоколам по терапевтической стоматологии (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11.01.2023 № 4 «Об утверждении клинических протоколов») позволит не только улучшить состояние пациента, но и снизить риск развития рецидивов.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Aksamit L., Tsvetkova A. *Diseases of the oral mucosa. Relationship with general pathology. Diagnostics. Treatment. 2nd ed.* M.: MEDpress-inform, 2019. 288 p.
2. Makedonova Yu. *Manifestation of general somatic pathology on the oral mucosa: textbook. Allowance.* Volgogr. state med. univ. Volgograd: VolgSMU Publishing House, 2021. 126 p.
3. Mishutina O., Shashmurina V. Atopic cheilitis in the practice of a dentist. *Smolen. med. alm.* 2021;2:105–108.
4. Krivenko L. Correction of the immunological status when optimizing the treatment of chronic gingivitis against the background of atopic diseases in children aged 12–18 years. *Sovrem. dentistry.* 2017;3:68–70.
5. Lepeshkova T. et al. Oral allergy syndrome and angioedema in the oral cavity in patients with birch sensitization: are there increased risks? *RMJ. Med. review.* 2021;5(1):21–24.
6. Yuditseva O., Penkov D., Ulyanicheva E. Oral allergic syndrome. *Medicine: theory and practice.* 2020;5(1):87–94.
7. Zinovenko O. et al. Clinical manifestations of erythema multiforme with localization of lesion elements on the oral mucosa and border of the lips. *Dentist.* 2019;4:51–55.
8. Uspenskaya O. et al. Cheilitis. Modern view of the problem. *Problems of dentistry.* 2022;18(2):37–43.
9. Sharapkova A., Zykova O. Cheilitis: general diagnostic issues. *Vestn. Viteb. state med. un-ta.* 2022;21(5):22–32.
10. Kaspina A. et al. *Allergic reactions: manifestations on the oral mucosa, diagnosis and treatment: textbook. 2nd ed., rev. and additional.* St. Petersburg: SpetsLit, 2016. 56 p.
11. Bork K., Burgdorf W., Hede N. *Diseases of the mucous membrane of the oral cavity and lips. Clinic, diagnosis and treatment.* M. 2011. 448 p.
12. Golousenko I. *Dermatostomatology. Diseases of the mucous membrane of the mouth and lips.* M.: GEOTAR-Media, 2022. 224 p.
13. Lutsкая I., Martov V. *Medicines in dentistry.* M.: Medical literature, 2018.
14. *Resolution of the Ministry of Health of the Republic of Belarus dated 01/11/2023 No. 4 "On approval of clinical protocols".* National legal Internet portal of the Republic of Belarus, 03/24/2023, 8/39541.